

Герасимчук А.А.

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
ОТКРЫТЫМИ, МНОЖЕСТВЕННЫМИ И
СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

/ Москва /

Абсолютное и относительное количество множественных и сочетанных травм в общей структуре травматизма непрерывно увеличивается. Редкие случаи множественных и сочетанных травм раньше рассматривались как тяжелая разновидность общих единичных повреждений. В последние 20-25 лет этот вид патологии признается качественно новым, с присущим ему специфическими изменениями во всех системах поврежденного организма и с развитием травматической болезни. Соответственно лечебно-диагностические и организационные вопросы при таких травмах требуют нового подхода.

Нами проведен углубленный анализ 46 клинических наблюдений за больными с сочетанной травмой челюстно-лицевой области, которые находились на лечении в различных отделениях хирургического профиля 432 ГВКГ в период с 1980 по 1989 год. Среди них были в основном мужчи-

ны в возрасте от 18 до 40 лет. Пострадавшие поступали в госпиталь в различные сроки, но в основном в первые сутки, после получения травмы. Шок различной степени тяжести отмечен у 40% пострадавших. Повреждения лица наиболее часто встречались в сочетании с повреждением головного мозга — до 80%, конечностей, таза, позвоночника — 30%, внутренних органов — 20%. Наиболее частой локализацией переломов лицевого скелета являлась нижняя челюсть.

Повреждения челюстно-лицевой области были в основном сопутствующими, но требовавшими пристального внимания как со стороны челюстно-лицевых хирургов, так и со стороны специалистов других профилей. Для травм челюстно-лицевой области было характерно большое разнообразие повреждений: от единичных и мелких множественных ран до полного разрушения всего лица с большим числом самых разнообразных промежуточных повреждений отдельных областей, зон, различных структур органов челюстно-лицевой области.

При поступлении на этап специализированной медицинской помощи всех раненых с сочетанными повреждениями лица и других областей тела осматривали челюстно-лицевые хирурги и при необходимости специалисты различного профиля. Всем пострадавшим производили рентгенологическое обследование с целью определения локализации переломов костей лицевого скелета и наличия осколков в жизненно важных областях, глубину их залегания. В случае необходимости производили теническую диагностику расположения осколков. Это целесообразно при нахождении осколков в непосредственной близости к сонным артериям и в области основания черепа.

Экстренное специализированное лечение проводилось пострадавшим по поводу остановки кровотечения и улучшения условий внешнего дыхания. Срочная специализированная помощь большинству пострадавших оказывалась непосредственно после выведения их из тяжелого состояния в ближайший послешоковый период (через 24-36 часов после получения травмы). Этого времени оказалось вполне достаточно для уточнения диагноза и проведения необходимых реанимационных мероприятий.

Благодаря ранней специализированной помощи в полном объеме, превентивной комплексной терапии, направленной на предупреждение септических осложнений, у 41 больного наступило выздоровление без выраженных анатомических и функциональных нарушений органов челюстно-лицевой области.

У 10 больных с повреждением челюстей развился синдром посттравматической легочной недостаточности, несмотря на отсутствие торакальной травмы, что является важнейшей особенностью сочетанной травмы.

5 человек скончалось, у 3 из них были повреждения, несовместимые с жизнью, причем, только у одного диагностирован перелом нижней челюсти, а у остальных имели место повреждения костей носа или повреждения только мягких тканей лица и рта. Двое больных погибли от сепсиса, причем, этим больным в силу ряда причин специализированная помощь была оказана лишь через 4-6 суток после травмы, то есть с явным опозданием. В то же время при более тяжелых по-

вреждениях ранняя специализированная помощь оказалась возможной и, по-видимому, способствовала достижению весьма благоприятных результатов лечения.

Подводя итог, можно сказать, что сочетанная травма челюстно-лицевой области относится к числу одних из наиболее тяжелых повреждений человеческого тела. Такая травма отличается по своему клиническому течению от изолированных повреждений развитием синдрома взаимного отягощения, возникновением посттравматической легочной недостаточности даже при отсутствии повреждения грудной клетки и легких. Из-за развития синдрома взаимного отягощения, лечение больных с сочетанной травмой челюстно-лицевой области должно проводиться совместными усилиями общего хирурга, челюстно-лицевого хирурга, нейрохирурга и анестезиолога-реаниматолога. Больные с сочетанной травмой челюстно-лицевой и других областей тела нуждаются в оказании ранней специализированной помощи, то есть сразу же после выведения больного из тяжелого шокового состояния, но не позднее 24-36 часов после травмы. В равной мере это относится и к пострадавшим, у которых травма лица сочетается с черепно-мозговой травмой.